183

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912 — THÈSE — N°

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**Jacques LAFON**

Né à Bourdeilles (Dordogne), le 25 décembre 1878

DES

# DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC

DE

# L'APPENDICITE CHRONIQUE

*Président :* M. ACHARD, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1912

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## LE DOYEN, M. LANDOUZY

### PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | NICOLAS |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | WEISS |
| Chimie organique et Chimie générale | GAUTIER |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et Thérapeutique générales | ACHARD |
| Pathologie médicale | WIDAL<br>TESSIER |
| Pathologie chirurgicale | X. |
| Anatomie pathologique | Pierre MARIE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | HARTMANN |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | MARFAN |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | LETULLE |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | DEBOVE<br>LANDOUZY<br>GILBERT<br>CHAUFFARD |
| Maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | Gilbert BALLET |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER |
| Clinique des maladies du système nerveux | DEJERINE |
| Clinique chirurgicale | DELBET<br>QUENU<br>RECLUS<br>SEGOND |
| Clinique ophtalmologique | DE LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | N. |
| Clinique d'accouchements | BAR<br>PINARD<br>RIBEMONT-DESSAIGNE |
| Clinique gynécologique | POZZI |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON |
| Clinique thérapeutique | Albert ROBIN |

### AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

| | | | |
|---|---|---|---|
| BALTHAZARD | DESGREZ | LENORMANT | PROUST |
| BERNARD | DUVAL (P.) | LEQUEUX | RATHERY |
| BRANCA | GOUGEROT | LERI | RETTERER |
| BRINDEAU | GRÉGOIRE | LOEPER | RICHAUD |
| BROCA (A.) | GUENIOT | MACAIGNE | ROUSSY |
| BRUMPT | GUILLAIN | MAILLARD | ROUVIÈRE |
| CAMUS | JEANNIN | MORESTIN | SCHWARTZ |
| CARNOT | JOUSSET (A.) | MULON | SICARD |
| CASTAIGNE | LABBE (M.) | NICLOUX | TERRIEN |
| CHEVASSU | LANGLOIS | NOBECOURT | TIFFENEAU |
| CLAUDE | LAIGNEL-LAVASTINE | OKINCZYC | ZIMMERN |
| COUVELAIRE | LECENE | OMBREDANNE | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

AUX MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

## MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Professeur de Pathologie et Thérapeutique générales
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

# DES DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC

## DE L'APPENDICITE CHRONIQUE

---

### AVANT-PROPOS

Ayant eu l'occasion, pendant mon stage dans les différents hôpitaux, de voir de nombreux cas d'affections abdominales douloureuses, pour lesquels on hésitait souvent à trancher la question de diagnostic entre l'appendicite chronique et d'autres maladies, j'ai pu me rendre compte que la distinction clinique de cette variété d'appendicite, parfois très facile, comporte dans d'autres cas de nombreuses difficultés. Je n'ai pas constaté personnellement, après intervention chirurgicale d'erreurs de diagnostic, mais j'ai vu du moins, à la lecture d'un certain nombre de documents, que parfois des opérations avaient été pratiquées sur des sujets n'ayant que l'apparence de l'appendicite chronique. J'ai donc eu l'idée de mettre au point cette intéressante question ; tout d'abord d'exposer les recherches récentes de l'anatomie topographique de l'appendice, lesquelles permettent de conclure que souvent une douleur constatée au point dit de Mac Burney ne correspond pas au siège réel de l'appendice ; ensuite, de vérifier si par les nou-

veaux moyens de diagnostic dont on dispose aujourd'hui, notamment par l'examen radioscopique, on peut constater si une douleur abdominale peut être attribuée ou non à l'appendice; enfin, d'examiner de près les questions nouvelles ou relativement nouvelles des rapports de l'appendicite avec l'entérite muco-membraneuse, et le cæcum mobile.

En somme, le diagnostic de l'appendicite chronique relativement aisé dans les cas simples, présente souvent des difficultés qui tiennent, soit à des anomalies de siège de l'organe, soit à son association avec d'autres maladies rendant complexe le syndrome clinique, soit à sa confusion facile avec des affections qui donnent lieu à des troubles analogues à ceux de l'appendicite chronique.

Je n'ai d'autre prétention, dans ce travail, que d'apporter ma modeste contribution à l'étude d'une question d'actualité par un exposé critique des principaux documents mis au jour dans les dernières années.

Avant d'aborder mon sujet, je veux remercier ici tous mes maîtres dans les hôpitaux, leur dire combien je leur suis reconnaissant de l'accueil bienveillant qu'ils m'ont fait dans leur service et d'avoir bien voulu me faire profiter de leurs précieux enseignements et de leur expérience. Je remercie tout particulièrement M. le professeur Achard, qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse et je le prie de vouloir bien agréer l'hommage de ma profonde gratitude.

# CHAPITRE PREMIER

## SITUATION DE L'APPENDICE ET DU CÆCUM

Depuis que l'appendicite est devenue une maladie courante, on s'est attaché à préciser l'anatomie topographique de la région iléo-cæcale et à étudier les anomalies de situation de ces organes, anomalies qui peuvent être la cause d'erreurs de diagnostic.

Fort nombreux sont les anatomistes et les chirurgiens qui ont étudié la question, il me paraît inutile d'en rappeler tous les noms, car je ne pourrais que reproduire ce qui a été publié déjà à maintes reprises. Rappelons seulement les noms de Lanz, Francini, Alglave, J.-V. Okinczyc, Quénu et Heitz-Boyer, Frédet, Lafforgue, Trèves, Tuffier et Jeanne, etc.

On sait que l'appendice prend son insertion sur la paroi interne ou postéro-interne du cæcum, à 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'angle iléo-cæcal ; exceptionnellement sur la paroi antérieure ou au point le plus déclive du cæcum.

Il représente un tube cylindrique tantôt rectiligne, le plus souvent incurvé, soit en spirale, soit en anse à concavité tournée vers son bord mésentérique ;

ces inflexions, d'après tous les auteurs, seraient dues à la brièveté de son méso.

La LONGUEUR est des plus variables, elle est en moyenne de 8 à 9 centimètres, mais l'on observe de fréquentes anomalies de longueur, depuis les appendices très courts, longs seulement de 3 centimètres (Lafforgue) jusqu'aux appendices très longs, jusqu'à 20 centimètres (Gegenbaur), 24 centimètres (Georgieff). Ces anomalies de longueur ne constituent pas uniquement des curiosités anatomiques ; il semble que l'appendicite atteigne plus fréquemment les sujets porteurs d'un long appendice. Dans les quelques cas d'opérations d'appendicite auxquels j'ai assisté, j'ai été frappé de la longueur démesurée de l'organe malade.

Plus importantes sont les ANOMALIES DE SITUATION ET DE DIRECTION DE L'APPENDICE.

L'appendice peut être *sous-cæcal*, pendre au-dessous et généralement à gauche du cæcum.

*Précæcal*, soit transversalement au-devant du cæcum, soit verticalement en haut, en suivant le bord interne de la paroi antérieure.

*Rétrocæcal*, dans ce cas l'appendice recourbé en haut est en arrière, monté derrière le cæcum et le côlon ascendant, tantôt intimement appliqué à leur paroi postérieure, tantôt libre et mobile. Il est à remarquer d'ailleurs que dans cette situation rétrocæcale, il contracte fréquemment des adhérences, soit avec le cæcum lui-même ou le côlon ascendant, soit avec le rein droit, le foie, l'extrémité terminale

de l'iléon, le mésentère, etc. La situation rétro-cæcale est assez fréquente ; M. Tuffier l'a constatée vingt fois sur 118 sujets, Terenetzky dix-neuf fois sur 56, etc. Qu'elle résulte ou non d'un arrêt de développement, cette situation anormale présente, au point de vue pratique, une grande importance, car les statistiques prouvent qu'elle prédispose à l'appendicite ; d'autre part, la situation rétro-cæcale rend les interventions plus difficiles.

L'appendice peut être *libre* ou *fixé*, soit à la paroi abdominale antérieure, soit au péritoine de la fosse iliaque, à la cavité pelvienne, à l'intestin lui-même (cæcum, côlon) ou aux autres organes de la cavité pelvienne. Qu'il nous suffise de rappeler les rapports bien connus de l'appendice avec le ligament large et la trompe, quand il est bas situé dans l'excavation.

Les coïncidences de salpingite et d'appendicite ne se comptent plus.

Ce qui nous importe surtout, au point de vue qui nous occupe, c'est la *situation de l'appendice par rapport à la fosse iliaque et à la cavité pelvienne.* D'après Lafforgue (cité dans *le Traité d'anatomie* de Poirier et Charpy) la situation de l'appendice peut être rapportée à trois types principaux :

a) *Situation iliaque externe* en dehors du psoas, avec direction du côté de l'épine iliaque antéro-supérieure : 49 o/o.

b) *Situation iliaque médiane* : l'appendice situé plus en dedans repose sur le psoas et peut même venir en contact avec la colonne vertébrale : 20 o/o ;

c) *Situation pelvienne* (surtout fréquente chez la femme), 20 o/o ;

Dans un travail tout récent (*l'Appendice iléo-cæcal ectopique. Presse médicale*, 13 janvier 1912), M. Guido Lerda, s'inspirant uniquement des données embryogéniques pour le détail desquelles nous renvoyons à l'article original, distingue trois variétés d'appendices :

1° Les appendices normaux ou normalement descendus avec mésentère adéquat libre dans la fosse iliaque devant, latéralement, ou derrière le cæcum dont ils partent ;

2° Les appendices ectopiques hautement situés avec ou sans rétention élevée du cæcum, ou bien simplement tiraillés en haut par l'absence ou l'insertion élevée et la brièveté exagérée du méso ;

3° Les appendices dystopiques par descente anormale de la portion cæco-appendiculaire vers le pelvis, la région ombilicale, la racine mésentérique, etc.

« Les appendices qui appartiennent à ces deux derniers groupes, par le simple fait de leur localisation atypique, sont facilement sujets à des tiraillements anormaux de l'appendice et de son méso, ou bien à des états variables de flexion, de torsion de l'appendice et quelquefois aussi du cæcum. Ces deux ordres de faits peuvent se révéler cliniquement par des symptomatologies douloureuses à type colique se localisant, en général, un peu au-dessus du point normal de repère de l'appendice, sans qu'ils doivent nécessairement être accompagnés de faits imflamma-

toires d'aucune espèce. Il est cependant bien naturel que les causes susdites prédisposent l'appendice aux processus inflammatoires » (1).

Voilà bien nettement indiquée l'une des causes fréquentes de troubles morbides réalisant le syndrome clinique de l'appendicite, sans que l'appendice soit malade. Nous reviendrons d'ailleurs dans un instant sur la mobilité du cæcum.

Il n'a été question jusqu'ici que de la situation et des rapports cadavériques de l'appendice. On peut émettre l'hypothèse par analogie avec les résultats donnés par la radioscopie de l'estomac et de l'intestin, que les rapports sur le vivant peuvent être en désaccord avec ceux que révèlent les dissections ou autopsies. Déjà, en 1900, Mariau (Bibliographie anatomique) a émis l'opinion que les statistiques relatives aux positions de l'appendice sur le cadavre ne sont pas applicables aux vivants. Mais la radioscopie peut-elle être appliquée au diagnostic de la situation et des rapports de l'appendice comme elle l'a été si fructueusement pour la clinique à l'étude de l'estomac dans ces dernières années ?

Pour qu'un viscère creux soit rendu visible, il faut de toute nécessité qu'il puisse être rempli de la substance opaque qui arrête les rayons X, le sous-nitrate ou carbonate de bismuth ; or, la configuration de l'appendice relié au reste de l'intestin par un orifice

---

1. Guido Lerda, *loc. cit.*

très étroit ne permet guère de concevoir la possibilité de la pénétration du sel de bismuth dans sa cavité. Cependant on a pu, dans quelques cas, obtenir une radiographie de l'appendice iléo-cæcal (1). Pour obtenir les clichés, il suffit de donner aux malades un lait de carbonate de bismuth et de faire la radiographie à la dix-huitième heure après l'absorption. Dans les 2 cas relatés par M. Aubourg, l'appendice ne correspondait nullement au point de Mac Burney. Dans l'un des cas, l'appendice était bas situé à quatre travers de doigt au-dessous du point de Mac Burney. Dans le second cas, le cæcum était ptosé, il avait abandonné la fosse iliaque pour venir au niveau du plan du détroit supérieur, l'appendice était pelvien et presque médian dans le plan du détroit supérieur.

En somme, les rares radiographies obtenues confirment les observations de Lanz et Lejars sur la variation du siège de l'appendice. Disons incidemment que l'on ne peut demander à la radiographie d'autres renseignements que ceux relatifs au siège de l'appendice ; elle ne peut donner aucune indication sur son intégrité ou ses altérations.

Le CÆCUM a une longueur moyenne de 6 centimètres et une capacité de 100 centimètres cubes (Poirier et Charpy), de 200 à 300 centimètres cubes (Lardennois). Disons de suite que sa longueur et sa capacité sont sujettes à de nombreuses variations ;

---

1. Aubourg, *Presse médicale*, 28 mai 1910.

ainsi Luschka a signalé un cæcum long de 23 centimètres.

*Le cæcum est situé dans la fosse iliaque droite* et se dirige obliquement en haut, à droite et en arrière. Quand il est fortement distendu, il remplit presque entièrement cette fosse et son fond répond habituellement à l'angle de jonction de la fosse iliaque et de la paroi abdominale antérieure. Les *rapports* sont variables, parce qu'ils dépendent de l'accolement secondaire du côlon ascendant et de son méso au-devant du péritoine pariétal postérieur (1). Cette fixation se réalise dans les derniers mois de la vie intra-utérine. Le processus parti de l'angle colique gauche gagne du haut en bas et plaque contre la paroi abdominale postérieure tout le côlon ascendant jusqu'à la ligne supérieure du cæcum. Généralement il épargne le fond de ce diverticule qui reste donc libre en partie. C'est la fixation incomplète qui dessine les ligaments et creuse les fossettes (Quénu et Heitz-Boyer).

Ainsi maintenu par cet accolement secondaire, le côlon acquiert chez l'homme une situation fixe dont l'utilité dans la station debout est indispensable. Le cæcum est maintenu par sa continuité, avec le côlon ascendant et par des adhérences irrégulières au péritoine pariétal dessinant deux ligaments : le premier, interne, cæcal inférieur de Tuffier, mésen-

1. Lardennois, *les Ptoses du cæcum* (*Presse médicale*, 4 juin 1910).

térico-pariétal de Frédet, est formé par l'adhérence du méso iléo-colique au péritoine pariétal ; le deuxième externe cæcal supérieur de Tuffier, pariéto-cæcal de Frédet, latéro-colique ascendant, comme l'appelle Alglave.

Le cæcum ainsi maintenu repose trois fois sur quatre dans la fosse iliaque. Ainsi, à l'état normal, il paraît préservé par sa situation et par ses liens contre le volvulus, la hernie, la ptose, et la dilatation.

Mais cette fixation n'est pas toujours réalisée. Il semble, d'après M. Okinczyck, que l'excès de longueur du côlon ascendant soit la cause qui empêche le cæcum d'appliquer son méso sur la paroi abdominale postérieure.

*Longueur du cæcum, longueur du côlon ascendant et persistance d'une mobilité excessive de la portion initiale du gros intestin.* Telles sont d'après M. Lardennois les causes de la ptose cæcale. Il en est d'ailleurs d'autres tout au moins favorisantes, notamment le relâchement de la paroi abdominale à la suite de grossesse, le port d'un corset défectueux, peut-être aussi un bassin trop large. Quoi qu'il en soit, le cæcum mobile ou bien se tord sur son axe, se coude sur le côlon ascendant, ou le plus souvent tombe dans le bassin.

M. Alglave sur 100 sujets a vu dix-sept fois le cæcum appuyé à la paroi pelvienne et six fois tomber dans le cul-de-sac de Douglas.

Lorsqu'il est en situation pelvienne, le cæcum est toujours très mobile.

On a constaté bien d'autres anomalies de situation du cæcum, puisqu'on l'a trouvé derrière l'ombilic, au-dessus de la symphyse pubienne, dans la fosse iliaque gauche, etc.

Ce qu'il importe surtout de retenir, c'est que cet organe, par suite de sa mobilité, présente une tendance fréquente à la ptose ; nous verrons dans un instant qu'un cæcum ptosé peut donner lieu à un ensemble de symptômes simulant l'appendicite chronique.

La radioscopie confirme ces faits. Chez un sujet couché, le cæcum apparaît plus bas qu'il n'est généralement décrit. *Les points de Mac Burney et de Lanz correspondent rarement au bas-fond du cæcum*, et c'est sur le milieu de la fosse iliaque interne que l'on trouve généralement le bas-fond du cæcum. « Par conséquent, la radiographie confirme que le point de Mac Burney peut ne pas correspondre à l'appendice, et c'est souvent plus bas qu'il faut chercher la douleur en cas d'appendicite » (Aubourg).

## CHAPITRE II

### ÉTUDE CRITIQUE DES SIGNES ET SYMPTOMES

L'appendicite chronique est une maladie très répandue et qui apparaîtrait sans doute comme plus fréquente encore qu'on ne l'admet si elle était toujours reconnue ; mais il est loin d'en être ainsi, bien que ses signes soient déterminés aujourd'hui, ainsi que les très nombreuses formes larvées de cette affection. Beaucoup de médecins hésitent ou ne songent pas à rapporter à leurs véritables causes les innombrables cas de dyspepsie, d'entérite, de constipation, etc., qu'ils ont l'occasion d'observer.

Mais si l'appendicite est méconnue parfois, il y a par contre des cas qui, eux aussi, apparaissent comme de plus en plus nombreux, où l'on porte indûment le diagnostic d'appendicite chronique, alors que l'appendice n'est nullement altéré. Les maladies avec lesquelles on peut la confondre, ont été étudiées de façon très complète dans ses dernières années ; il en est ainsi notamment de la ptose du

cæcum, du cæcum mobile, dont l'expression symptomatique se rapproche singulièrement de celle de l'appendicite chronique.

On a répété que les médecins se répartissent en deux groupes. Ceux qui ne voient l'appendicite nulle part et ceux qui la trouvent partout. Les premiers étaient légion autrefois, les seconds deviennent nombreux aujourd'hui.

Sans doute il faut toujours penser à l'appendicite dans tous les cas où il existe des troubles digestifs accompagnés de douleurs abdominales et même dans d'autres où manque la douleur, et où par contre se manifestent des signes (toux par exemple) qui détournent l'attention de l'abdomen. Mais s'il faut diagnostiquer l'appendicite, encore faut-il la distinguer de maladies qui peuvent la simuler et éviter, en même temps qu'une erreur de diagnostic, une erreur plus grave encore de traitement.

Nous essaierons de montrer comment on peut parvenir, par un examen méthodique et complet, à un diagnostic exact.

Pour ceux qui se plaisent à la simplification et prétendent schématiser les maladies, l'appendicite chronique est une affection à début insidieux ou succédant à une crise aiguë d'appendicite caractérisée essentiellement par des douleurs abdominales localisées à droite au point de Mac Burney, par des troubles gastriques tels que : sensation de barre après

les repas, état nauséeux ou vomissements, crises gastralgiques, etc. ; par la constipation, par un retentissement sur l'état général se traduisant surtout par l'amaigrissement, la perte des forces, parfois un état neurasthénique.

Mais le tableau schématique ne répond qu'à une partie des cas que l'on peut observer.

Souvent un dyspeptique à appétit capricieux, à vomissements faciles, un autre au teint cachectique, donnant l'impression du cancer, un constipé opiniâtre atteint de colite muco-membraneuse, un diarrhéique, un névropathe à algies multiples, une femme souffrant du ventre au moment des règles, sont autant de sujets atteints d'appendicite chronique.

Certes, le diagnostic est aisé quand on constate l'association des douleurs abdominales avec des troubles digestifs, avec la constipation qui constitue le trépied symptomatique, car il faut toujours penser, en premier lieu, à l'appendicite dans les cas de ce genre ; mais il n'en est pas de même quand les douleurs font défaut ou lorsque par leur siège anormal elles détournent plutôt l'attention de l'appendice qu'elles ne l'appellent sur cet organe ; il n'en est pas de même quand des symptômes d'entérite masquent la localisation appendiculaire ; quand la maladie revêt l'apparence d'une affection hépatique, de tuberculose, etc.

Je ne tracerai pas ici, après tant d'autres, le tableau clinique complet et méthodiquement classé des symp-

tômes de l'appendicite chronique, non plus que l'évolution de cette maladie. Me limitant au sujet que j'ai choisi, je montrerai, en étudiant successivement les différents symptômes que l'on peut rencontrer chez les appendiculaires, les causes multiples d'erreurs qui peuvent résulter d'une interprétation erronée de ces symptômes considérés isolément, et d'autre part les causes d'erreurs inhérentes aux appendicites larvées, c'est-à-dire à celles où manquent un ou plusieurs des signes ou symptômes caractéristiques.

### 1° La Douleur et sa recherche. — Les Faux points appendiculaires

Depuis Mac Burney, il était classique d'admettre jusqu'à ces derniers temps que la douleur provoquée existe en un point déterminé de la fosse illiaque droite : « J'estime que, dans chaque cas, le siège de la plus grande douleur, déterminée par la pression avec un doigt, est situé exactement à un pouce et demi ou deux pouces de l'épine iliaque antéro-supérieure, sur une ligne oblique menée de cette épine à l'ombilic.

« Cela peut paraître une affectation d'exactitude, mais autant que me l'a prouvée mon expérience, l'observation est exacte. » C'est en ces termes que Mac Bur-

ney signalait en 1899 dans le *New-York medical Journal* le point douloureux qui porte son nom, ce point que l'on désigne généralement comme siégeant au milieu de la ligne reliant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Disons de suite que l'on doit en rabattre de l'importance excessive attribuée pendant longtemps au point de Mac Burney, à telle enseigne que d'après Sturmdorf, ce point « investi d'une dignité pathognomonique depuis presque deux décades, doit être relégué à l'humble rang possible de contribution au diagnostic ».

Voyons d'abord comment il faut rechercher la douleur.

Pour palper l'appendice, il faut déprimer la paroi abdominale au niveau de la région appendiculaire, légèrement d'abord, puis appuyer progressivement en se dirigeant vers la colonne vertébrale, puis en revenant vers l'épine illiaque. Le palper fait dans ces conditions par une main exercée, permet généralement de constater un cordon dirigé obliquement en dedans et en bas, parfois transversalement. Chez les malades dont la paroi abdominale est mince et qui se laissent examiner docilement, on sent le cordon durcir sous le doigt et surtout on détermine par la pression une douleur plus ou moins vive à son niveau, douleur pouvant rester localisée ou se propager dans la fosse iliaque gauche par exemple, ou retentir au

creux épigastrique (plexus solaire). Il ne faudrait pas croire cependant que tout cordon perceptible à la palpation dans la région appendiculaire soit l'appendice ; dans certains cas, on sent non plus un seul mais plusieurs cordons à ce niveau. Pour affirmer qu'il s'agit bien de l'appendice, il faut que l'on puisse réveiller chaque fois la douleur par une pression bien localisée à son niveau.

Rovsing a indiqué un artifice pour le palper que nous avons vu pratiquer dans certains cas. Il consiste à comprimer le côlon ascendant de bas en haut et de même le côlon transverse.

Cette manœuvre, lorsqu'on cesse la compression, a pour effet de renvoyer les gaz dans l'ampoule cæcale qui se distend ; il en résulte, en cas d'appendicite, une douleur dans la fosse iliaque droite.

Je rappellerai brièvement ce qui est connu de tous, c'est que le palper méthodique de la fosse iliaque peut ne donner aucun résultat chez des malades atteints d'appendicite, soit chez les sujets très obèses, soit et surtout chez les névropathes à réflexes exagérés qui se mettent « en réaction de défense » dès qu'on les palpe, souffrent partout où on les touche, et chez qui le spasme intestinal provoqué par la pression peut en imposer pour une appendicite qui n'existe pas.

Il ne faut pas perdre de vue, d'ailleurs, que la douleur peut être perçue seulement par le toucher rectal ou vaginal dans le cas d'appendicite pelvienne, de

même que parfois les malades accusent uniquement de la douleur au moment de la défécation.

Mais je reviens au *point de Mac Burney*.

Tandis qu'il y a peu de temps encore, on pouvait se croire autorisé légitimement à dire que, sans point de Mac Burney, il n'y a pas d'appendicite, aujourd'hui, non moins légitimement, on peut avancer :

1° Qu'il y a des appendicites sans douleur au point de Mac Burney ;

2° Que la douleur au point de Mac Burney ne signifie pas toujours l'appendicite ;

3° Que ce point, dans la majorité des cas, ne correspond pas à l'appendice.

M. Lejars, dans une étude très complète (*Semaine médicale*, 1908) et M. Lœper, dans ses *Leçons de pathologie digestive* (1911) ont bien étudié la question si complexe des points douloureux appendiculaires et des points douloureux de l'abdomen, en général.

### *Douleurs à distance du point de Mac Burney*

Il résulte des nombreux travaux publiés sur cette question, que la douleur existe souvent, non pas sur la ligne spino-ombilicale, mais plus bas près de l'arcade, près du pubis. Cette douleur est d'ailleurs tout aussi significative que la douleur au siège « classique » si elle est fixe et durable.

La pression exercée dans la fosse iliaque droite peut ne révéler qu'une sensibilité très atténuée, alors qu'une recherche à distance peut mettre sur la piste d'un point douloureux, très net, soit à l'ombilic, soit sous les fausses côtes droites, soit à la région lombaire, soit dans la fosse iliaque gauche. La douleur à gauche a été signalée fréquemment. Le siège anormal de la douleur est bien propre à dérouter le clinicien, cependant il faut se garder d'éliminer le diagnostic d'appendicite sous ce seul prétexte que le malade souffre uniquement à gauche. Burkhardt a soutenu l'opinion que dans ces cas de douleurs ectopiques gauches, il s'agissait d'un déplacement du cæcum et de l'appendice, mais, d'après M. Lejars, elle peut coïncider avec un appendice de siège normal.

Je viens d'indiquer, d'après les auteurs, que l'absence de douleurs au point de Mac Burney ne permettait pas d'éliminer le diagnostic d'appendicite, la douleur pouvant occuper un siège anormal, parfois très distant du point classique.

*Douleurs au point de Mac Burney*

Il me faut d'autre part distinguer la douleur appendiculaire siégeant au point de Mac Burney, de douleurs de même siège, mais dues à d'autres causes que l'appendicite.

C'est ainsi qu'il importe de ne pas confondre la

douleur profonde avec un point douloureux superficiel. *Un point hystérique* peut très bien simuler un point appendiculaire ; il y a lieu toutefois de faire remarquer que l'on fait naître facilement ces points « nerveux » par un simple effleurage, qu'ils sont généralement multiples, c'est-à-dire que l'on peut retrouver des points superficiels analogues à l'épigastre, dans la fosse iliaque gauche, sur la ligne médiane, etc. Il existe, à n'en pas douter, des névralgies hystériques de la région iléo-cæcale, et ces cas sont peut-être plus fréquents qu'on ne pense. Les malades atteints d'entérite légère ou de constipation, suggestionnés par les récits multiples de cas d'appendicite dans leur entourage, finissent par localiser une algie rebelle dans la région iléo-cæcale et le diagnostic est parfois fort délicat, car il ne suffit pas qu'un malade soit nerveux ou reconnu comme tel, pour éliminer chez lui le diagnostic d'appendicite...

L'hystérie n'est pas seule à créer des névralgies dans cette région. On peut observer des *névralgies de la paroi* à la suite de la grippe (Frank).

Je mentionnerai, comme fait curieux et exceptionnel, les cas où *des tubercules sous-cutanés douloureux* ont pu simuler l'appendicite. M. Mathieu a publié 2 cas de ce genre.

Ce ne sont pas seulement les *névralgies* et les *névrites des nerfs superficiels* qui peuvent prêter à confusion, mais encore les *myalgies*.

A côté des douleurs superficielles, il est des dou-

leurs profondes qui, toutes, par leur localisation voisine du point de Mac Burney, peuvent embarrasser le clinicien, tout au moins momentanément.

Je citerai notamment la *salpingite droite*, le *kyste de l'ovaire à pédicule tordu*. On rapporte même des exemples de *calculs de l'uretère* ayant pu donner lieu à des méprises, bien qu'en somme le point douloureux urétéro-rénal ou point para-ombilical ne soit pas superposable au point de Mac Burney (Lejars).

Je viens de citer des douleurs d'organes bas situés ; inversement des douleurs descendantes peuvent retentir douloureusement au niveau de la fosse iliaque droite ; il en est ainsi de la *cholécystite calculeuse ou non calculeuse*, et l'hésitation peut être d'autant plus légitime que assez souvent cholécystite et appendicite sont associées ; mais lorsque chez un malade atteint de cholécystite on constate une douleur au niveau de la fosse iliaque droite, on peut conclure d'emblée à la coïncidence des deux affections.

Faut-il encore rappeler, avec Grisolle, que certaines pneumonies ou pleuro-pneumonies au début, peuvent déterminer un point douloureux au niveau de la fosse iliaque droite ? Il est vrai que la confusion peut être faite seulement avec l'appendicite aiguë qui ne rentre pas dans le cadre de mon sujet.

En résumé, *une douleur siégeant au point de Mac Burney n'est pas, à elle seule, un signe incontestable d'appendicite.*

Quelle est donc la signification de ce point dou-

loureux dont l'existence est si fréquemment constatée et comment se fait-il qu'on le constate souvent, en dehors de tout processus inflammatoire de l'appendice ?

Tout d'abord, l'appendice n'a pas un siège immuable, il suit le cæcum dans ses déplacements et ceux-ci sont loin d'être rares, ainsi qu'il a été dit précédemment.

D'autre part, et c'est la particularité la plus importante, le point de Mac Burney, contrairement à l'opinion exprimée par ce dernier, ne correspond pas en réalité à l'appendice.

Le corps, la pointe de l'appendice sont trop mobiles pour que l'on puisse préciser leurs rapports. On a donc surtout cherché à déterminer les rapports avec la paroi de la base de l'appendice à son implantation sur le cæcum.

D'après Keith, *le point de Mac Burney ne correspond pas à l'origine de l'appendice mais bien à la valvule iléo-cæcale ;* en général, la base de l'appendice est située plus bas, à 2 cm. 54 au-dessous de la valvule, c'est-à-dire du point de Mac Burney. Rien nesaurait mieux montrer le peu de valeur présenté pour le diagnostic de l'appendicite par le point de Mac Burney, que l'expérience de Keith. Sur 27 étudiants examinés par lui, Keith a trouvé vingt-quatre fois une sensibilité très nette au point de Mac Burney ou dans son voisinage immédiat.

Le véritable point de l'appendicite serait le *point*

*de Lanz* (1908). Ce point est situé sur la ligne qui réunit les deux lignes iliaques antéro-supérieures, à l'union de son tiers moyen et de son tiers droit.

Schröder, assistant de Lanz, enfonce des aiguilles chez 20 sujets respectivement au point de Lanz et au point de Mac Burney, il a constaté que l'aiguille enfoncée au point de Lanz passait au niveau de la base de l'appendice ou au voisinage immédiat, que celle enfoncée au point de Mac Burney était située à 4 ou 5 centimètres en moyenne, au-dessus de l'origine de l'appendice et correspondait au bord interne du côlon ascendant (20 expériences). Il est à remarquer, d'ailleurs, que sur 119 opérés d'appendicite observés quelques mois après l'opération, 93 n'avaient plus de sensibilité au point de Mac Burney, mais que 26 présentaient encore le point bien que l'appendice n'existât plus.

Ces remarques qui s'appuient sur des données anatomiques généralement admises aujourd'hui, ne signifient pas, que dans aucun cas, le point de Mac Burney ne puisse correspondre à l'appendice, la mobilité de l'organe en est une preuve suffisante.

*Il semble bien que la douleur au point de Mac Burney soit l'indication, non de la présence de l'organe malade, au-dessous du point sensible, mais de la réaction du péritoine pariétal.* Même explication peut être donnée pour le point signalé par Morris en 1908 ; ce point est situé sur la ligne qui relie l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, à 4 centimètres environ de

l'ombilic. Il correspond au ganglion sympathique droit. D'après Morris, on trouve uniquement ce point à droite dans l'appendicite, tandis que quand l'irritation du sympathique est déterminée par une affection pelvienne (salpingite, fibrome utérin, hémorroïdes, etc.) on trouve deux points sympathiques, droit et gauche, placés symétriquement. D'ailleurs, à lui seul, il ne constitue pas une preuve décisive de l'existence d'appendicite.

Peut-on, d'après les sièges de douleurs spontanées ou provoquées, obtenir des renseignements relatifs au siège de l'appendice, à l'existence d'adhérences? Cela n'est pas douteux quelquefois. Ainsi, dans le cas d'appendicite pelvienne, il existe fréquemment du ténesme, des douleurs vésicales et même des élancements urétraux. On constate par le toucher un point situé en avant, en haut et à droite ; souvent, d'ailleurs dans ce cas, le palper de la région iliaque ne détermine aucune douleur.

Le maximum de la douleur sur la ligne médiane dans la région sus-pubienne indique un appendice descendant logé au voisinage du promontoire ou derrière la vessie.

Il est une douleur à distance dont la signification est assez précise : c'est la douleur éprouvée dans la cuisse pendant la marche, avec ou sans flexion du membre inférieur. Cette douleur indique en général un appendice bas situé et peut-être des adhérences au psoas.

Inversement, des douleurs situées au voisinage du foie, sous-costales, voire même des douleurs à l'inspiration, indiquent en général un appendice rétro-cæcal remontant.

La diffusion de la douleur peut être un indice d'adhérences étendues.

Il est un retentissement douloureux à distance que l'on constate souvent dans les affections douloureuses de l'abdomen, qui n'est pas exclusif, par conséquent à l'appendicite, mais constitue néanmoins un signe appelant l'attention sur cet organe, c'est un point douloureux situé sur la ligne reliant l'ombilic à la pointe du sternum, un peu à gauche de la ligne médiane et correspondant au plexus solaire. Cette épigastralgie, si fréquente dans les états douloureux gastriques d'origine réflexe, possède une valeur séméiologique indéniable.

M. Lœper qui a fait dans ses *Leçons de pathologie digestive* une étude approfondie des points douloureux de l'abdomen insiste particulièrement sur la sensibilité de la région para et sous-ombilicale, région qui représente, à son sens, *le grand centre sensible de la masse intestinale*. C'est là, en effet, que se trouvent le plexus mésentérique supérieur, le plexus mésentérique inférieur, le plexus lombo-aortique, les deux chaînes latérales sympathiques avec leurs quatre ganglions lombaires profondément appliqués sur le flanc des vertèbres correspondants. De cette région partent encore les plexus sympathiques secondaires qui

suivent les artères iliaques le long du détroit supérieur. C'est cet appareil nerveux qui se projette sur la paroi abdominal en une zone située au voisinage de l'ombilic et au-dessous de lui.

La palpation de cette zone réveille une douleur plus ou moins accusée, particulièrement aux points symétriques : *para-ombilical droit*, *para-ombilical gauche :* le premier s'identifie avec le point de Morris et fait partie de la zone solaire, il est d'ailleurs associé presque toujours au point épigastrique mentionné plus haut. Quant au point para-ombilical gauche, il serait, d'après M. Lœper, plus fréquent que le précédent et serait aussi le plus important des points abdominaux ; c'est lui que l'on devrait chercher en premier lieu pour se rendre compte de la sensibilité de l'abdomen chez les entéritiques. Ce point para-ombilical n'indique d'ailleurs pas uniquement une lésion intestinale. Santini le considère comme très fréquent dans les affections génitales de la femme.

Profondément, surtout chez les sujets maigres, on peut mettre en évidence certains points douloureux, ce sont les *points iliaques* qui correspondent à la bifurcation de l'artère iliaque primitive en iliaque interne et iliaque externe. Le point iliaque se trouve exactement sur la ligne qui joint le promontoire à l'épine iliaque, c'est-à-dire sur la bissectrice de l'angle formé par la ligne de Mac Burney et la ligne de Lanz à 4 centimètres du *raphé médian*.

C'est à peu près à ce niveau que passe l'uretère et

aussi les filets nerveux émanés du plexus lombo-aortique, c'est là que se trouvent ces filets, pour pénétrer dans le bassin et constituer le plexus hypogastrique. Ce point iliaque est donc, comme les autres points indiqués plus haut, un point vasculo-nerveux. Chez un individu normal, la pression profonde exercée à ce niveau ne détermine aucune douleur, il n'en est pas de même chez les personnes atteintes de ptose, d'entérite, chez les gastropathes et entéropathes nerveux, non seulement la pression chez elles est douloureuse, mais peut même provoquer une sorte d'angoisse.

Ce qu'il faut retenir, c'est la fixité invariable des points iliaques, fixité qui contraste avec la situation très variable du cæcum, de l'appendice. Ajoutons la coïncidence fréquente et bien connue des battements aortiques, parfois même des battements iliaques.

Quelle que soit la pathogénie des algies localisées aux différents points indiqués, l'expérience clinique montre que *la douleur est plus vive au point ombilical droit dans les lésions cæcales, au point ombilical gauche dans les lésions coliques.*

Il est à remarquer que les points persistent parfois chez des malades opérés d'appendicite et chez qui l'examen de l'organe avait montré qu'il n'y avait pas eu d'erreur de diagnostic.

### 2° Les Troubles intestinaux

De tous les troubles intestinaux, le plus fréquent est la *constipation*. Les appendiculaires chroniques sont habituellement atteints d'une constipation opiniâtre, rebelle au régime, aux laxatifs, aux moyens physiques. Cette résistance aux traitements est déjà un indice de l'existence d'une cause que l'on est amené à chercher, soit du côté de l'appendice, soit du côté des affections pelviennes. Mais ce qui caractérise surtout la constipation liée à l'appendicite, c'est la coïncidence des douleurs abdominales intermittentes.

Bien que la constipation soit le symptôme intestinal habituel, il n'est pas rare d'observer une diarrhée également rebelle à tous les moyens. Le Dr G. Lyon (*Clinique thérapeutique*) a observé, avec le Dr Souligoux, une jeune fille qui était atteinte d'appendicite chronique, laquelle fut méconnue pendant fort longtemps par les différents médecins qui la suivirent ; chez cette jeune fille, malade pendant douze ans, une première période, et une durée de sept ans, fut marquée par une constipation opiniâtre. Pendant les cinq dernières années, ce fut au contraire la diarrhée qui constitua l'unique symptôme intestinal ; chaque jour se produisirent plusieurs selles extrêmement fétides, sans que la moindre rémission puisse être observée. Cette diarrhée céda instantanément, du jour au lendemain, à la suite de l'ablation de l'appendice.

D'autres fois on observe, chez les appendiculaires chroniques, une *alternance régulière de diarrhée et de constipation.*

*Dans quelques cas, il n'existe pas de troubles intestinaux,* tout au moins permanents. On conçoit que, dans ces cas-là, les diagnostics soient malaisés.

La constipation est simple ou s'accompagne de production et d'expulsion de muco-membranes, en d'autres termes, de *colite muco-membraneuse.*

C'est une question fort importante et fort discutée que celle des rapports de l'appendicite chronique avec *l'entéro-colite muco-membraneuse.*

Cette question mérite d'être traitée avec quelques détails, en raison des difficultés de diagnostic que soulève la cœxistence de la colite et de l'appendicite.

La plupart des médecins qui se sont occupés particulièrement de l'appendicite chronique, ont signalé que souvent cette affection est précédée d'une longue période de constipation, avec accompagnement de colite muco-membraneuse. Dès 1891, J. Simon (*Bulletin médical*) avait noté cette particularité, et son observation fut confirmée l'année suivante par M. Talamon dans sa monographie sur l'appendicite et la périty phlite.

En 1896, une discussion eut lieu à la Société de Chirurgie sur le rôle joué par les entéro-colites dans la pathogénie de l'appendicite. M. Walther signala 11 cas où l'appendicite était survenue au cours d'une entéro-colite. Il fit remarquer, au cours de la discus-

sion, combien il est parfois difficile « au milieu de troubles gastro-intestinaux, de faire exactement le départ de ce qui ressortit d'un côté à l'appendice, de l'autre à l'entéro-colite. L'appendicite entraîne, en effet, par elle-même, des troubles digestifs souvent analogues à ceux qui traduisent l'entéro-colite, et ce n'est que par une observation longtemps prolongée qu'il est possible d'arriver à un diagnostic précis. En 1897, sur le même sujet, discussion à la Société médicale des hôpitaux, à laquelle prirent part MM. Mathieu, Siredey; la même année, M. Reclus (*Semaine médicale*) indiquait 21 observations, dont 12 personnelles, où l'appendicite avait été précédée d'entéro-colite muco-membraneuse. En 1903, M. Beurnier étudiait dans *le Bulletin général de thérapeutique*, les relations existant entre ces deux états morbides; il indiquait, comme la plupart des auteurs d'ailleurs, que *l'appendicite était chronique avec peu de réactions*. M. Talamon avait déjà indiqué que « le trouble intestinal qu'on observe le plus souvent dans les antécédents des sujets atteints d'appendicite est la colite muco-membraneuse. Cette colite spéciale fait partie presque nécessaire du syndrome de l'appendicite chronique à rechutes ».

Bien d'autres médecins ont signalé la coïncidence des deux affections, notamment M. Rastouil, dans son intéressante thèse (1901).

Somme toute, les cliniciens avaient été frappés de la coïncidence fréquente de l'appendicite chronique et de la colite muco-membraneuse; cette dernière

précédant l'apparition de signes appendiculaires, de plusieurs années.

Il y avait cependant des dissidents. Dieulafoy nia tout rapport entre l'appendicite et la colite muco-membraneuse (Académie de médecine 13 avril 1897); sur 700 ou 800 malades atteints de colite, vus par lui, aucun n'a été pris d'appendicite. Allant plus loin, Dieulafoy affirme que si l'on constate, au cours d'une crise intestinale, des symptômes d'entéro-colite glaireuse, membraneuse, sableuse, on n'a rien à redouter de l'appendicite.

Pour lui, les prétendues appendicites consécutives à une colite muco-membraneuse ne sont que des typhlites...

Je ne rappellerai pas le tableau classique de la colite-muco-membraneuse. Lorsque celle-ci se complique d'appendicite (si l'on admet l'explication fournie par la plupart des auteurs, c'est-à-dire la propagation à l'appendice de l'inflammation colique) la douleur se précise et se localise dans la fosse iliaque droite ; elle subit des exacerbations déterminées par la marche, les courses en voiture, et les malades savent distinguer cette modalité de la douleur de celle qu'ils éprouvaient avant et qui consistait uniquement en douleurs passagères, modérées et généralisées sur le trajet du gros intestin.

Pratiquement, on était d'accord pour reconnaître la nécessité de l'intervention chirurgicale, celle-ci supprimant les troubles causés par l'appendicite et,

d'autre part, permettant à la colite de guérir en supprimant la cause qui l'aggravait. M. Siredey déclarait que « s'il est difficile de se rendre compte de la subordination des deux affections, on peut dire que souvent l'ablation de l'appendice a provoque ou hâté la guérison de la colite ». Cependant, Marfan, de Langenhagen, etc., constatèrent des signes persistants de colite après ablation de l'appendice.

Il était assez difficile de comprendre comment l'entéro-colite muco-membraneuse, où l'on n'a jamais pu déceler de lésions inflammatoires, pouvait, par sa propagation à l'appendice, entraîner l'inflammation de cet organe.

Aussi, n'est-il pas étonnant que l'on ait proposé une autre application. Czerny et Fenger, renversant les termes chronologiques, émirent nettement l'opinion que l'appendicite peut précéder la colite.

Il y a des cas, en effet, où le malade depuis longtemps éprouve différents troubles morbides: gastriques, intestinaux, nerveux. Il est difficile de faire préciser le début au malade, cependant, en serrant l'interrogatoire, on arrive à faire dire au patient qu'il a éprouvé au début des douleurs abdominales avec ballonnement du ventre, fièvre légère, avec vomissements, etc.

Quoi qu'il en soit, la maladie constituée se traduit par les signes habituels de la colite muco-membraneuse, mais certaines particularités doivent, pour le clinicien avisé, éveiller l'attention du côté de l'appendicite, ce sont l'état nauséeux, parfois les vomisse-

ments, l'alternance assez fréquente de crises diarrhéiques avec la constipation,et surtout les caractères de la douleur plus nettement localisée à droite que dans les cas de colite muco-membraneuse simple, souvent exagérée ou réveillée par la marche,les cahots de la voiture ; ce sont encore la longue durée de l'affection, sa résistance aux moyens habituels. Un bon signe est la persistance de la douleur au point appendiculaire, un certain temps après la palpation, et puis encore l'état nauséeux, la crispation des traits qui suivent cet examen.

Tels sont les éléments du diagnostic différentiel de l'appendicite avec colite muco-membraneuse ; on a fait remarquer que dans la colite, sans appendicite, les douleurs s'observent principalement le long du côlon transverse, au voisinage de l'ombilic, qu'elles surviennent surtout à l'occasion des gardes-robes ; que l'on peut habituellement trouver une cause à la colite muco-membraneuse, tandis que la forme de colite et appendicite associées on ne trouve d'autre cause que l'appendicite.

Comment expliquer, en admettant cette manière de voir,que l'appendicite détermine la colite ? D'une façon bien simple pour ceux qui considèrent le syndrome à colite muco-membraneuse, comme un trouble réflexe dû à des causes diverses, et en particulier aux affections douloureuses de l'abdomen.

La colite muco-membraneuse est très fréquemment secondaire à une lésion appendiculaire initiale, qui,

par la voie symphatique provoque secondairement le spasme, la constipation, l'hypersécrétion muqueuse. On peut objecter que dans certains cas, on constate la persistance des phénomènes de colite après l'ablation de l'appendice ; certains médecins comme de Langenhagen dénient même à l'intervention, toute influence sur la marche de la colite. Mais cette opinion contraire, n'est pas toujours conforme à l'observation courante. Les cas où l'intervention n'a aucune action sur la « colite » ne sont qu'une infime minorité et ces exceptions ne peuvent prévaloir contre le fait particulièrement saisissant de la disparition rapide de la constipation, de douleurs et des muco-membranes après opération.

### 3° Les Troubles gastriques

Les troubles gastriques, dit M. Silhol, dans son rapport au Congrès de Chirurgie de 1911, ne peuvent être absolument caractéristiques puisque ce sont des symptômes indirects.

Cette remarque est vraie si elle s'applique à la *pesanteur, à la sensation de barre survenant après le repas*, déjà signalée par Mélier en 1827, *aux modifications de l'appétit* qui est capricieux, et même *aux crises douloureuses tardives*, survenant trois ou quatre heures après le repas, que l'on observe assez souvent chez les appendiculaires ; elle est moins exacte si l'on ne considère que les *vomissements*, surtout chez les

enfants. On sait que le vomissement appendiculaire survient souvent la nuit, surprenant l'enfant dans son sommeil, sans cause appréciable, car il se produit chez ceux même dont l'alimentation est le mieux réglée. Ces vomissements qui sont qualifiés indigestion par des médecins non prévenus, doivent cependant attirer immédiatement l'attention sur l'appendice, ils peuvent d'ailleurs se produire dans le jour à la suite d'une légère douleur. Une mention particulière doit être faite des *vomissements acétoniques* qui surviennent par crises chez les enfants. Ceux qui en sont atteints ont, à intervalles plus ou moins espacés, des vomissements incoercibles, pendant toute la durée de la crise il y a intolérance pour les aliments, pour les boissons, même pour l'eau, qui sont rejetés immédiatement ; l'haleine exhale une odeur acétonique. Les traits sont très altérés, le pouls est ralenti et l'on peut constater des convulsions et une agitation vive. Ces vomissements que l'on a attribués à l'acétonémie (celle-ci paraissant être plutôt la conséquence de l'intoxication que sa cause) sont liés sinon constamment, tout au moins très fréquemment, à l'appendicite.

J'ai mentionné les crises gastriques douloureuses, elle peuvent d'autant mieux simuler l'ulcère que dans quelques cas on a constaté de petites *hématémèses*.

Une dernière modalité du retentissement sur l'estomac de la lésion appendiculaire est *l'embarras gastrique à répétition* survenant sans cause alimentaire

caractérisé par l'état nauséeux, l'anorexie absolue, l'état saburral de la langue. La répétition sans cause de ces accidents est la principale particularité qui devra faire penser à rechercher l'appendicite.

### 4° Troubles hépatiques

Ces troubles assez fréquents se traduisent par *l'augmentation du volume du foie*, par le subictère, dus évidemment à l'intoxication. Envisagés isolément ils n'ont rien de caractéristique.

### 5° Troubles nerveux

On peut en dire autant des troubles nerveux. Chez un grand nombre de sujets se développe peu à peu un *état neurasthénique* caractérisé par l'irritabilité du caractère, la tristesse, la dépression, la céphalée, etc. Non seulement ces troubles n'ont rien qui soit particulier à l'appendicite, mais ils sont propres à détourner l'attention de l'appendicite, si l'état douloureux abdominal est très atténué.

Il n'est pas rare d'observer des malades traités exclusivement et pendant longtemps comme névropathes, voire même soumis à l'isolement, jusqu'au jour où un médecin avisé découvre la véritable cause de l'état neurasthénique.

### 6° Les Troubles de la nutrition

Les troubles de la nutrition ont une certaine valeur diagnostique, à la condition qu'on les analyse de

très près. Sans doute, il est d'observation courante de constater *l'amaigrissement*, *la perte des forces*, etc., chez de simples dyspeptiques ; mais il faut tenir compte de l'altération des traits, plus marquée que chez les dyspeptiques ordinaires, du teint subictérique, etc. Chez l'enfant, *l'arrêt de croissance* est un signe qui doit faire suspecter l'appendicite, comme il doit mettre également, en d'autres cas, sur la voie des végétations adénoïdes.

## CHAPITRE III

### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic, cela est de toute évidence, ne peut être établi que si l'on tient compte de *l'ensemble des symptômes et des signes* présentés par le malade, et non de l'un d'entre eux considéré isolément.

On ne peut donc y parvenir que par *un interrogatoire serré et méthodique*, par *un examen complet*.

Il est de règle, dans tout interrogatoire, de laisser d'abord la parole au patient, afin qu'il énumère les différents troubles qu'il ressent ; mais, comme il arrive souvent que celui-ci s'étend complaisamment sur des troubles importants pour lui, accessoires pour le médecin, et qu'il passe involontairement sous silence ces symptômes qui, pour ce dernier, auraient la plus grande importance, il est de toute nécessité, après avoir écouté le malade, de reprendre l'interrogatoire, de le diriger pour dégager les éléments essentiels au diagnostic. C'est ainsi que le plus souvent les malades négligent d'attirer l'attention sur le début exact des accidents, sur la « crisette » initiale. Ce n'est souvent qu'en insistant à plusieurs reprises, qu'on peut leur

remettre en mémoire « l'indigestion » banale du début, c'est-à-dire la très légère crise appendiculaire qui a marqué le début des accidents. Certains n'insistent que sur les troubles gastriques parce que effectivement ceux-ci sont prédominants dans nombre de cas, d'autres ne parlent que de leur constipation ou des muco-membranes, dont la présence dans les selles les étonne et les effraie. D'autres interprètent à leur façon leurs malaises, et apprennent au médecin d'un ton péremptoire qu'ils ont des coliques hépatiques ou néphrétiques, qu'ils ont une hypertrophie du foie, qu'ils ont une salpingite, qu'ils ont été soignés pour les ovaires, etc. Ces interprétations erronées ne peuvent être rectifiées, je le répète, que par un interrogatoire méthodique.

Il faut donc interroger successivement les malades sur leurs fonctions gastriques, intestinales, sur la sensibilité abdominale et, à cet égard, on ne saurait trop s'attacher à leur faire préciser le caractère des douleurs survenant sans cause appréciable, surprenant parfois l'enfant la nuit, en plein sommeil ou durant le jour au milieu de ses jeux, l'immobilisant sur place pendant quelques instants et déterminant l'altération immédiate des traits. Il ne faut pas négliger de s'enquérir du retentissement de la douleur du côté de la hanche de la cuisse droite, ni du réveil habituel des douleurs par un lavement (signe du lavement).

L'examen comporte, en premier lieu, le palper

abdominal. Ce palper peut être rendu difficile, soit par l'obésité excessive du sujet, soit par son état névropathique qui suscite au moindre attouchement une réaction de défense des muscles droits. Dans les cas de ce genre qui sont loin d'être rares, il faut user de patience et de douceur, causer au malade pour détourner son attention, etc.

On doit commencer par palper les régions de l'abdomen éloignées de l'appendice pour mieux apprécier les différences de sensibilité, mais il est des malades qui, par le fait de leur appendice, présentent un état irritable de tout l'intestin, entrant en état de contracture spasmodique.

On conçoit les difficultés pour le médecin, d'interpréter les sensations perçues par lui ou accusées par le malade.

Lorsqu'on arrive au niveau de la région appendiculaire, il faut déprimer doucement, mais progressivement la paroi pour amener les doigts dans la profondeur de la fosse iliaque droite. L'absence des douleurs au point classique n'est pas une raison suffisante pour abandonner de suite le palper ; la connaissance de la mobilité de l'appendice, de sa situation anormale si fréquente, constitue pour le médecin l'obligation élémentaire d'aller à la recherche de la douleur en d'autres points, près de la symphyse par exemple, ou bien au niveau de l'ombilic ou même sous les côtes du côté droit, etc. Il ne faut pas omettre d'employer la manœuvre de Rovsing (refoulement des

gaz intestinaux) qui souvent réveille la douleur appendiculaire. Bien entendu, on ne négligera dans aucun cas le *toucher rectal* chez l'homme ; le *toucher vaginal* chez la femme ; ce dernier mode d'exploration est indispensable pour la constatation d'une appendicite pelvienne, surtout si l'appendice est adhérent. Il est d'ailleurs indispensable pour rechercher l'état des annexes.

Il faut ensuite rechercher les limites de l'estomac par la percussion, déterminer le clapotage, et ne pas négliger la *radioscopie* qui peut, je l'ai indiqué, donner des renseignements, trop rares, il est vrai, sur le siège de l'appendice.

L'interrogation, l'examen terminés, il faut interpréter les renseignements recueillis, les signes constatés, il faut conclure...

C'est à ce moment que les difficultés commencent.

S'il faut songer à l'appendicite dans tous les cas où l'on constate l'association de troubles gastriques et intestinaux inexplicables, rebelles, avec accompagnement de douleurs abdominales, de troubles nerveux, de troubles généraux de la nutrition ; si, dans ces cas complets,le diagnostic est relativement aisé, il n'en est pas de même,il s'en faut, dans les cas frustes, dans les formes larvées qui sont légion. C'est dans ces cas que les médecins commettent des erreurs de diagnostic, et bien longue serait la liste des erreurs de ce genre, plus longue que celle des erreurs

inverses, c'est-à-dire des cas d'affections diverses prises pour des appendicites.

M. Silhol, dans son rapport déjà cité. distingue des formes douloureuses, des formes à intoxication pure, des formes digestives gastrique et intestinale ; des formes hépatiques, urinaires, pulmonaires, ovariennes, nerveuses.

Cette classification comprend à peu près tous les cas de formes larvées d'appendicite, et c'est le diagnostic différentiel de chacune de ces formes que je vais m'efforcer d'esquisser en m'aidant de mes lectures et de mes souvenirs cliniques.

### 1° Formes douloureuses

Toutes les affections douloureuses de l'abdomen peuvent, à la rigueur, être confondues avec l'appendicite chronique ; je citerai la lithiase rénale et biliaire, les douleurs liées au rein mobile, à la ptose intestinale, etc. J'ai indiqué précédemment que le siège de la douleur n'avait qu'une importance limitée pour le diagnostic du siège de la lésion ; que l'on constatait surtout des points nerveux fixes, traduisant l'irritation des plexus mésentériques sous l'influence de causes diverses. Il en résulte que si l'appendicite se traduit uniquement par la douleur, le médecin peut être fort embarrassé. C'est en étudiant minutieusement le caractère de la douleur, les circonstances au milieu

desquelles elle survient que l'on pourra trouver les éléments du diagnostic différentiel.

*La douleur est localisée à droite.* — Déjà le champ des recherches se trouve circonscrit, surtout si la douleur a son siège habituel ; encore, dans ce dernier cas, faut-il songer à la ptose du cæcum.

Si elle est au voisinage de l'ombilic ou sous-costale, on peut hésiter entre une douleur liée au rein mobile droit, à la cholécystite, dans ce dernier cas avec d'autant plus d'excuse qu'il peut exister en même temps une légère augmentation du volume du foie, du subictère.

*La douleur siège à gauche.* — Cette localisation anormale peut induire en erreur, mais ne doit pas faire éliminer d'emblée le diagnostic d'appendicite, car il n'est pas exceptionnel que l'appendicite soit attiré à gauche des adhérences.

*La douleur se révèle sous la ligne médiane.* — Bas située, elle peut être attribuée à une lésion vésicale ou utéro-annexielle ; sus-ombilicale, elle évoque une affection d'estomac.

Par ce court aperçu, on entrevoit combien les erreurs de diagnostic peuvent être facilitées par le siège anormal de la douleur.

Quand celle-ci est diffuse et survient par crises intenses, il faut surtout la distinguer, par un examen méthodique du système nerveux, des crises entéralgiques des tabétiques.

### 2° Formes toxiques. — Formes fébriles

Je rapproche l'une de l'autre ces deux formes qui ne sauraient être dissociées, car elles relèvent du même mécanisme. Voici un malade au teint terreux ou plutôt légèrement subictérique, à l'haleine désagréable, dont les selles sont aussi fétides, dont les urines contiennent en abondance de l'indol, du scatol, et autres principes aromatiques, cet auto-intoxiqué peut n'être qu'un appendiculaire.

En voici un autre, un enfant, présentant des symptômes sensiblement analogues, mais de plus des mouvements fébriles passagers. Il est généralement porteur de grosses amygdales et présente au cou de la polyadénite. S'il a été déjà opéré de végétations adénoïdes, il ne reste qu'une hypothèse à faire pour expliquer cette fièvre, c'est l'existence d'une lésion appendiculaire.

### 3° Formes gastriques

C'est dans les formes gastriques larvées que les erreurs sont le plus fréquemment commises.

On peut croire à l'existence d'une dyspepsie simple, quand les troubles gastriques sont permanents; d'une indigestion quand ils sont passagers, d'un ulcère gastrique lorsqu'ils revêtent la forme de douleurs gastriques, à plus forte raison quand il y a hématémèses. Les troubles gastriques peuvent même simuler

le cancer. Il en était ainsi dans un cas observé par M. Potherat. L'âge du malade, la ténacité des vomissements, l'état cachectique avaient contribué à l'erreur de diagnostic.

Les troubles gastriques peuvent encore simuler ceux des gastro-névroses où l'on constate la même sensibilité du plexus scolaire, les mêmes bizarreries d'évolution.

### 4° Formes intestinales et péritonéales

Ici les erreurs sont fréquentes, car nombreuses sont les affections de l'intestin qui peuvent s'accompagner de douleurs, de constipation ou de diarrhée rebelle, etc.

J'insisterai particulièrement sur la *typhlatonie* sur laquelle Wilms (de Bâle) en 1908, Wiemann, Klose, Fischler (d'Heidelberg) en 1909, etc., ont particulièrement attiré l'attention. Il est fort important d'apprendre à la distinguer, d'abord parce qu'elle est fréquente (dans le rapport de 1 à 4 avec la fréquence de l'appendicite chronique d'après Wilms), ensuite, parce qu'elle donne lieu à des troubles qui simulen cette dernière affection. Wilms avait constaté que plusieurs malades opérés par lui pour des prétendues appendicites chroniques n'avaient pas été améliorés par l'intervention. Comme il avait remarqué, d'autre part, que le cæcum de ces malades présentait une longueur et une mobilité anormales, il se demanda si

cet état particulier du cæcum n'était pas la cause unique des douleurs éprouvées par le malade dans la région appendiculaire. Il fut confirmé dans son hypothèse par les résultats de la fixation du cæcum chez 40 malades. Parmi eux, un certain nombre avaient subi l'appendicectomie, mais leurs douleurs avaient persisté, tandis qu'elles cessèrent dès que le cæcum fut fixé.

Allant plus loin, Fischler (d'Heidelberg) émit l'opinion que la plupart des cas étiquetés : appendicite chronique, caractérisés surtout par des crises douloureuses localisées au point de Mac Burney sont uniquement dus à une insuffisance musculaire du cæcum, à la *typhlatonie*. Celle-ci a pour effet de déterminer des douleurs par suite des tiraillements exercés sur l'insertion du mésentère et, par conséquent, sur les nerfs et les vaisseaux qui s'y trouvent contenus. De plus, elle provoque la coprostase cæcale avec météorisme. Fischler va au-devant d'une objection qui se présente à l'esprit, celle de ressusciter l'ancien typhlite par stase stercorale, en déclarant que la stase est pour lui la conséquence et non la cause de l'atonie du cæcum.

Les crises douloureuses; comme celles de l'appendicite, peuvent survenir sans causes appréciables, ou bien à l'occasion d'un repas abondant, après une promenade en voiture. Les malades accusent une sensation de distension, de tiraillement à siège mal défini, mais généralement situé au-dessous du point

de Mac Burney et un peu plus en dehors, tout près de l'épine iliaque antéro-supérieure. Les accidents douloureux durent quelques heures, puis s'apaisent. Ils se terminent généralement par une émission de gaz ou de selles diarrhéiques. Ces crises paroxystiques seraient dues à l'engouement du cæcum ptosé.

Indépendamment de ces crises, il existe un état douloureux permanent, ou plutôt de gêne plus ou moins accusée, due à la rétention cæcale permanente; les douleurs s'irradient dans la fosse iliaque, dans le bassin, dans la région lombaire. La constipation est l'état habituel, mais les fins de garde-robes sont diarrhéiques, fétides.

Dans les formes accentuées le retentissement sur l'état général est le même que celui que l'on peut observer dans l'appendicite.

Malgré la similitude des symptômes, on peut parvenir au diagnostic par un examen méthodique de la région iléo-cæcale. On constate à la vue le météorisme de cette rénion. Par le palper on obtient la sensation d'une tumeur molle, fluctuante, on y perçoit des gargouillements que les auteurs allemands appellent iléo-cæcalgurren, c'est à-dire roucoulements iléo-cæcaux. Il est à remarquer que la pression exagère la douleur en distendant le cæcum, mais elle peut aussi l'apaiser si on exerce une pression au-dessous du point de Mac Burney et en remontant.

D'après M. Lardennois, le signe indiqué par Rovsing

comme signe d'appendicite, c'est-à-dire la douleur provoquée par le refoulement du contenu du côlon transverse et de la partie supérieure du côlon ascendant vers le cæcum, appartient en propre à la typhlatonie avec ptose. Voici d'ailleurs, d'après cet auteur, quel est le signe absolument pathognomonique de la typhlatonie. Lorsqu'on refoule vers le cæcum le contenu du côlon transverse et du côlon ascendant, on provoque une douleur dans la région pelvienne droite ; lorsqu'on refoule de bas en haut le contenu du cæcum prolabé vers le côlon, sans violence, en s'y prenant à plusieurs fois, la douleur disparaît. Tant que la main comprime le cæcum toute sensation pénible est absente, si l'on cesse cette compression, on sent le cæcum se distendre passivement et la gêne fait sa réapparition.

On doit compléter les résultats obtenus par le palper, soit par l'insufflation du gros intestin qui met facilement en relief la dilatation du cœcum, soit plutôt par la radioscopie, après introduction d'un lavement d'huile ou d'eau additionnée de 60 grammes de carbonate de bismuth.

Distinguer la typhlatonie de l'appendicite chronique est d'un intérêt de premier ordre. En effet, l'appendicite est justiciable, exclusivement, du traitement chirurgical, tandis que la ptose cæcale peut guérir complètement par un traitement médical bien compris : un régime restreint, le massage, la gymnastique abdominale, les purgatifs peuvent faire disparaître

complètement les troubles de la typhlatonie. Il est cependant quelques cas où l'intervention peut et doit être faite :

1° Lorsqu'au cours d'une appendicectomie on trouve un cæcum trop long ;

2° Quand le traitement médical ne produit que de médiocres résultats et qu'il existe des troubles généraux sérieux.

Laissons de côté les confusions possibles, mais exceptionnelles, de l'appendicite chronique avec *l'invagination chronique,* avec le *cancer du cæcum* au début, pour citer la *péritonite tuberculeuse pseudo-appendiculaire* qui doit à sa localisation exclusive ou à sa prédominance dans la fosse iliaque de revêtir le masque de l'appendicite. Comme signes différentiels, M. Lœper indique une localisation moindre de la douleur, des vomissements moins fréquents que dans l'appendicite, mais par contre l'anémie et l'amaigrissement plus prononcés, la cachexie plus profonde.

On peut rapprocher de ces cas les *douleurs appendiculaires des tuberculeux*. MM. Falliard, Mirande, ont observé chez ceux-ci des douleurs appendiculaires s'accompagnant parfois de fièvre, de vomissements, qui sont dues vraisemblablement à une péritonite tuberculeuse localisée dans la région appendiculaire.

Je ne reviendrai pas sur la distinction de *la colite muco-membraneuse simple* avec l'appendicite accompagnée de colite.

### 5° Formes hépatques

Ainsi que l'a constaté M. Silhol dans son rapport, la forme hépatique de l'appendicite se présente sous deux aspects également difficiles à reconnaître. Il y a les assidus de Vichy qui ont un gros foie, font de l'intoxication chronique et sont avant tout des appendiculaires.

Il y a d'autre part une forme douloureuse hépatique, due à une appendicite sous-hépatique. Dans ce cas, il faut faire le diagnostic différentiel d'avec la cholécystite et surtout la lithiase vésiculaire,

### 6° Formes urinaires

Ici nous abordons les raretés pathologiques. On peut voir l'appendicite provoquer la rétention d'urine pendant de longs mois, rétention disparaissant après l'ablation de l'appendice. On peut surtout observer des cas où les douleurs d'apparence rénale sont provoquées par des adhérences.

### 7° Forme pulmonaire

On pourra difficilement s'imaginer qu'un malade qui tousse, maigrit, présente de la fièvre vespérale, qui revêt toutes les apparences d'un tuberculeux au début, peut être simplement atteint d'appendicite chronique, et cependant, le fait est réel. Dans un travail

récent de M. Raoul Brunon (*Bulletin médical* du 11 novembre 1911), on relate 3 observations de ce genre où les symptômes pulmonaires indiqués plus haut ont concentré toute l'attention.

Il existe deux éléments de diagnostic : l'absence de signes stéthoscopiques nets, la constatation de la douleur abdominale.

Il est difficile d'expliquer la pathogénie de la toux dans les cas de ce genre. Quoi qu'il en soit, dans les circonstances où le diagnostic de tuberculose ne peut être étayé par les résultats d'une auscultation demeurant négative, il sera indiqué d'explorer attentivement la région appendiculaire.

### 8° Forme pelvienne

Il me semble superflu d'insister sur la confusion possible de l'appendicite chronique avec la salpingite droite ou l'ovarite, la question ayant été traitée maintes et maintes fois.

Il ne faut pas perdre de vue que souvent salpingite droite et appendicite sont associées ; les symptômes de l'une et l'autre affection constituant un syndrome complexe où, cependant, on pourra distinguer l'appendicite à la prédominance des troubles intestinaux, au retentissement gastrique, etc.

Au moment de l'installation des règles, les douleurs abdominales qui surviennent mensuellement masquent souvent le réveil d'une appendicite chronique latente.

### 9° Forme nerveuse

Il est des malades qui présentent toutes les apparences de l'appendicite et qui, cependant, ne sont que des hystériques. Rendu, M. Talamon, bien d'autres encore, ont montré qu'à côté des cas où l'hystérie exagérait les manifestations d'une appendicite très légère, il en était d'autres où elle simulait l'appendicite, sans qu'il y ait la moindre lésion de l'appendice ; Frank admet que dans ces cas il s'agit, soit de spasme intestinal, soit d'algies de la région iléo-cæcale.

Il y a donc une pseudo-appendicite hystérique. Par contre, il existe une pseudo-neurasthénie d'origine appendiculaire, ou pour mieux parler des symptômes de neurasthénie liés uniquement à une lésion de l'appendice et disparaissant pour ainsi dire instantanément avec l'ablation de l'organe.

## OBSERVATIONS

Je ne veux pas terminer ce travail, sans citer les 2 observations suivantes prises dans le service de M. Walther et lues par lui à la Société médicale des hôpitaux de Paris. Elles offrent, à propos des formes larvées pulmonaires, un très haut intérêt.

### OBSERVATION I

(Hôpital de la Pitié, service de M, Walther.)

Mlle B.... vingt-deux ans, entrée le 13 mars 1911, pavillon Lisfranc, n° 2.

*Antécédents héréditaires.* — Nuls.

*Antécédents personnels.* — Rougeole à sept ans. Aurait fait une maladie à onze ans qu'on a étiquetée pleurésie à droite ; n'a pas été ponctionnée. Ventouses, suralimentation, campagne.

Réglée à douze ans régulièrement, sans douleur, durée huit jours.

En octobre 1907 a été prise brusquement une nuit, vers 2 heures du matin, de fortes douleurs dans tout l'abdomen, accompagnées d'un seul vomissement bilieux.

A été soignée à ce moment par MM. Quénu et Duval qui ont diagnostiqué une crise appendiculaire. Glace sur le ventre, repos au lit pendant vingt et un jours ; régime : eau, bouillon, légumes, pâtes, purée.

Température pendant quatre jours. Premier soir, 39 degrés ; quatrième jour est tombée à 37°5.

Défense musculaire à droite.

Constipation.

A repris ses occupations au bout de vingt et un jours.

Depuis, n'a jamais souffert à proprement parler du ventre, mais a eu des périodes d'amaigrissement, de lassitude, survenant d'une façon irrégulière et durant huit à dix jours.

L'appétit disparaissait.

N'a jamais ressenti de douleurs au creux épigastrique, pas de barre épigastrique, pas de nausées, pas de vomissements ; fonctions intestinales régulières.

En somme, période de grande fatigue et d'amaigrissement pendant huit à dix jours, survenant à des époques irrégulières.

Depuis le mois d'octobre 1910, amaigrissement plus marqué, a maigri de 15 livres. Quintes de toux sans expectoration, pas d'hémoptysie.

A partir de ce moment, l'état général reste mauvais, la malade maigrit de plus en plus, la toux s'accentue encore avec les mêmes caractères de sécheresse et de quintes sans jamais d'expectoration.

L'examen pratiqué au mois de janvier montre que, malgré cet état de faiblesse extrême, d'amaigrissement rapide, malgré cette toux persistante, il n'existe aucun

signe net de lésions pulmonaires ; la respiration est faible aux deux sommets, mais plus particulièrement au sommet droit, où la sonorité semble légèrement diminuée ; en somme, on ne trouve que les signes témoignant d'une mauvaise ampliation du sommet du poumon.

La langue est sale, l'appétit est presque nul, sans aucune douleur ni dans le ventre ni au creux épigastrique.

Mais à l'exploration de l'abdomen, on constate que le cæcum est épaissi, non douloureux, et qu'il existe une douleur très nette et bien localisée au niveau de l'angle iléo-cæcal, avec défense musculaire marquée.

C'est à ce moment seulement que la malade, de nouveau interrogée sur ses antécédents, raconte qu'elle a eu en octobre 1907 une crise bien nette d'appendicite.

Elle est mise alors au régime alimentaire très sévère des appendicites (pâtes,purées,légumes, viandes grillées, suppression du bouillon gras, du lait, des œufs, de graisses). Sous l'influence de ce régime, l'état général s'améliore progressivement, l'appétit renaît, la teinte subictérique des téguments s'atténue, mais la sensibilité persiste au niveau de l'angle iléo-cæcal ainsi qu'un certain degré de défense musculaire.

La toux avait, elle aussi, subi les mêmes modifications, diminuant progressivement à mesure que l'état général s'améliorait.

Devant la persistance des signes locaux et l'impossibilité de permettre à la malade une alimentation plus variée et plus substantielle, en rapport avec le travail

auquel l'astreint sa profession, M. Walther lui conseille une intervention.

15 mars. — *Opération.*

Incision latérale.

Épiploon sain.

Appendice rétro-cæcal avec méso falciforme. L'appendice est légèrement tordu, il est très vascularisé, œdématié, toute sa moitié terminale est en érection.

L'appendice enlevé, long de 10 centimètres, à paroi épaissie couverte d'arborisations vasculaires, contient des boulettes fécales ; à l'ouverture de la cavité de l'appendice, on trouve des lésions accentuées de folliculite hémorragique près de la pointe et dans la moitié supérieure. Ces deux zones de follicules sont séparées par une bande de sclérose à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur.

## OBSERVATION II

(Hôpital de la Pitié, service de M. le Dr Walther.)

Le nommé G... Georges, âgé de quatorze ans, entre le 13 mars 1911, pavillon Michon.

*Antécédents héréditaires.* — Parents bien portants ; la mère a été opérée il y a quatee ans d'un sarcome du sein ; frères et sœurs bien portants ; cependant un des frères a été soigné et l'est encore dans le service pour un petit lupus du talon droit avec minime lésion osseuse sous-jacente.

*Antécédents personnels.* — Nourri au sein par sa mère ;

n'a pas eu de troubles digestifs dans l'enfance, pas de maladie spéciale à signaler ; ni rougeole, ni diphtérie, ni scarlatine, ni coqueluche. On note simplement de l'eczéma dès la naissance et on en retrouve des traces actuellement encore. Ce qui domine dans les antécédents, ce sont les troubles respiratoires. L'enfant dormait la bouche ouverte, ronflait la nuit et avait des tendances à s'enrhumer. Ces bronchites au dire du malade duraient un mois, quelquefois plus, pendant lequel la toux présentait le caractère nettement quinteux, survenant la nuit surtout. Ces bronchites, du reste, apparaissaient aussi bien en hiver qu'en été.

Il y a trois ans, à cause de ces troubles respiratoires, la mère conduit l'enfant à un médecin qui lui fait des piqûres d'eau de mer et conseille l'ablation des végétations et des amygdales. Ce conseil fut suivi, les végétations raclées et les amygdales morcelées. Après l'opération un mieux se fit sentir et pendant un an l'enfant n'eut pas de bronchites.

Mais, depuis la fin de novembre 1910, l'enfant s'est remis à tousser par quintes, la nuit surtout ; parfois même il éprouve de véritables étouffements.

C'est pour ces troubles que la mère, qui est une ancienne opérée de M. Walther, lui a conduit son enfant,

*Examen général.* — C'est un enfant de quatorze ans, assez bien constitué, assez fort et grand pour son âge. Son facies est adénoïdien.

Nez large, bouche fréquemment ouverte ; on voit que l'enfant a peine à respirer par le nez. L'examen du squelette ne montre pas de défoemations rachitiques ni autres ;

peut-être l'hémithorax gauche est-il plus proéminent que le droit. Rien à la colonne vertébrale. Voûte palatine ogivale ; pas de crête médiane, pas de triade d'Hutchinson.

Le rhino-pharynx est rouge ; on voit les amygdales morcelées qui se reforment mais ne sont pas grosses : pharyngite chronique marquée.

L'examen des ganglions montre de la micropolyadénopathie généralisée.

On note sur la peau des cicatrices, traces d'anciennes lésions cutanées ; actuellement l'enfant présente sur tout le corps, mais aux mains principalement, des lésions caractéristiques de gale avec sillons très nets et ulcérations de grattage. A l'oreille gauche petite plaque d'ecthyma au niveau du pavillon.

*Examen de l'appareil respiratoire.* — Pas de déformation à l'inspection.

*Percussion.* — En avant, rien de spécial.

En arrière, petite zone de submatité dans la région hilaire droite, troisième dorsale.

*Auscultation.* — En avant, l'expiration paraît plus rude, parfois soufflante à gauche, mais il suffit de faire tousser l'enfant pour modifier l'expiration.

En arrière, l'expiration est peut-être un peu plus forte à gauche qu'à droite.

*Appareil digestif.* — Antécédents digestifs nuls.

L'enfant raconte qu'il avait bon appétit, digérait très bien ; quelquefois petites céphalalgies ; jamais de nausées, de vomissements ni de douleurs dans le ventre. Pas de constipation.

A l'interrogatoire répété et en insistant sur cette

recherche, on apprend qu'il y a deux mois l'enfant, travaillant chez son patron, marchand de beurre, absorbe un bol de lait ; dix minutes après, il vomit ce lait et se sent pris de douleurs assez vives généralisées dans tout le ventre d'abord ; il pâlit ; ce voyant on le fait coucher ; il souffre du ventre pendant une demi-heure, dit bien que la douleur était plus vive à droite. Après une ou deux heures de repos chez son patron, l'enfant est rentré chez lui et s'est alité. On fait venir un médecin qui ausculte l'enfant, mais ne lui palpe pas le ventre et ordonne une potion. Au bout de peu de temps l'enfant ne se ressentant de rien a repris la vie normale sans continuer à travailler ; il n'a suivi aucun régime et n'a pas présenté d'autres troubles digestifs.

Amené par sa mère le 13 mars.

Admis le 13 mars pavillon Michon.

Depuis son entrée l'enfant n'est allé qu'une fois à la selle.

*A l'examen.* pas de modification d'aspect du ventre ; le réflexe abdominal est normal.

*A la palpation*, la fosse iliaque gauche est souple, indolore ; on ne sent pas de corde colique. La palpation du côlon transverse n'est pas douloureuse ; dès qu'on a franchi la ligne médiane, le droit contracturé empêche la palpation.

Le muscle droit est en effet nettement contracturé et, même quand on trompe l'attention de l'enfant, on ne peut le déprimer. La palpation de toute la moitié droite du ventre est douloureuse, mais avec des maxima. La palpation de l'angle sous-hépatique du côlon est douloureuse, mais

c'est surtout au niveau et un peu en dedans du point de Mac Burney que cette douleur est vive, au-dessus de l'arcade crurale, douleur moins intense. On ne sent pas l'appendice, on ne sent pas de gargouillement; un peu de submatité au pourtour de l'épine iliaque droite.

Le foie, un peu abaissé, déborde les fausses côtes d'un travers de doigt.

La rate n'est pas perceptible.

Toucher rectal; pas d'empâtement, un peu de sensibilité en haut et à droite.

La langue est blanche, chargée.

Les urines un peu chargées en phosphates. Quantité : 750 grammes en vingt-quatre heures.

Pas de température.

Rien au cœur, pouls normal.

Rien aux organes génito-urinaires.

Le 20 mars l'enfant a un lavement; depuis ce moment, il va régulièrement à la selle; la langue s'est nettoyée, mais la fosse iliaque droite est restée douloureuse avec maximum au niveau de l'angle colique droit, mais surtout un peu en dedans du point de Mac Burney.

On a soigné la gale par une frotte et l'application de pommade soufrée; depuis, les démangeaisons ont disparu.

Pas de signes respiratoires; l'enfant a beaucoup moins de quintes de toux. il tousse cependant encore la nuit.

Quant à la radioscopie, elle n'a révélé rien de spécial et a été absolument conforme à la radiographie.

# CONCLUSIONS

I. — Dans les affections de l'abdomen, de nature inflammatoire ou mécanique, et notamment dans l'appendicite, on peut constater des points douloureux assez nombreux, sur la localisation desquels, par rapport à l'appendice en particulier, il existe des divergences assez notables parmi les auteurs.

Ces points qui correspondent, soit à des ganglions, soit à des filets nerveux sympathiques, n'ont pas de rapports étroits de localisation avec le siège de l'appendice que l'on sait être très mobile, qu'il s'agisse du point de Mac Burney ou même du point de Lanz.

L'importance séméiologique de ces points doit donc être réduite. Leur signification est qu'il existe une affection abdominale qui peut être l'appendicite. Considérés isolément ils n'ont pour le diagnostic de cette affection qu'une valeur restreinte. Quand ils siègent à droite, il faut, en premier lieu, penser à l'appendicite, sans oublier qu'ils peuvent être dus à une autre cause, salpingite par exemple.

II. — Parmi les affections intestinales avec lesquelles peut être confondue l'appendicite chronique,

il en est une, l'atonie cæcale, avec ou sans ptose, à laquelle il convient toujours de penser, en raison de sa fréquence, avant de porter le diagnostic ferme d'appendicite. Le palper abdominal et la radioscopie permettent d'éviter la confusion.

III. — Dans ses formes larvées, l'appendicite chronique peut simuler un grand nombre d'affections, voire même d'affections thoraciques et par exemple la tuberculose.

---

Vu : le Président de thèse,
ACHARD

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE


Lœper. — Leçons de pathologie digestive. Paris, 1911.

Fischler. — Die Typhlatonie. Société de Médecine de Heidelberg, 10 juin 1909.

Lardennois. — Les Ptoses du cæcum (Presse médicale, n° 45, p. 419, 4 juin 1910).

Klose. — Torsion du cæcum mobile (Münchener med. Wochenschrift, n° 7, 1910).

Cheinisse. — Appendicites fantômes (Semaine médicale, n° 1, p. 5, 5 janvier 1910).

Barnes. — Dilatation aiguë du cæcum (Britisch medical Journal, n° 2, p. 1495, 14 novembre 1908).

Alglave. — Disposition vicieuse du côlon (Revue de Chirurgie, décembre 1904).

Wiemann. — Le Cæcum mobile et l'appendicite chronique (Deutsche med. Wochenschrift, 28 janv. 1909).

Lapeyre. — Volvulus du cæcum (Archives provinciales de Chirurgie, février 1910).

Klemm. — Sur l'appendicite chronique (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie, t. XVI, p. 4-5, 1906).

Quénu et Boyer. — Anatomie du cæcum et de l'appendice (Bulletin et Mémoires de la Société anatomique de Paris, n° 10, 1904).

Sick. — Cæcum mobile, appendice adhérent. Périty phlite (Zeitschrift für Chirurgie, n° 22, 1911).

Wiemann. — Le Cæcum mobile et l'appendicite chronique (Deutsche medicinische Wochenschrift, n° 4, 1909).

Wilms. — Le Cæcum mobile, cause de nombreux cas de soi-disant appendicites chroniques (Zeitschrift für Chirurgie, 12 septembre 1908, n° 37).

— Le Cæcum mobile, cause de « soi disant » appendi-

cites chroniques (Deutsche medicinische Wochenschrift, n° 41, 8 octobre 1908).

Strumdorff (Arnold). — Signification clinique du point du Marc Burney (New-York medical Journal, p. 108, 18 janv. 1908).

Rendu. — De la difficulté du diagnostic de l'appendicite chez les hystériques (Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 19 mars 1897).

Talamon. — Appendicite et péritonisme hystérique (Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 26 mars 1897).

Frank (Félix). — Sur la pseudo-appendicite nerveuse (Archives internationales de Chirurgie, 1903-1904).

Dubois. — Appendicite et hystérie. Thèse de Paris, 1900.

Nothnagel. — Pseudo-pérityphlite (Wiener klinische Wochenschrift, 13 avril 1899).

Condamin et Voron (J.). — Contribution à l'étude des pseudo-appendicites (Archives provinciales de Chirurgie, mai 1900).

Lyon (G.). — Pathogénie et traitement des névroses intestinales. Paris, 1904.

Hocheneeg. — Sur l'indication de l'appendicectomie dans la douleur iléo-cæcale (Wiener klinische Wochenschrift, 21 déc. 1905).

Klose. — Le Cæcum mobile (Beitrage zur klinische Chirurgie, t. XLIII, p. 711, juin 1909).

Okinczyc (J.). — Anatomie chirurgicale des côlons (Travaux de Chirurgie anatomo-clinique de Hartmann, 3e série, p. 90, 1907).

Alglave. — Contribution à l'anatomie chirurgicale et comparée du segment iléo-cæcal de l'intestin de l'adulte (Bulletin et Mémoires de la Société anatomique de Paris, t. IX, n° 124, 1907).

Mirande. — Syndrome appendiculaire sans lésion de l'appendice dans les affections thoraciques. Thèse de Paris, 1900.

Aubourc. — Les Résultats pratiques de l'examen radiologique du gros intestin (Journal de diététique et de bactériothérapie, n° 1, p. 4, 1912).

Lyon (G.). — Traité élémentaire de clinique thérapeutique, 8e édition, 1911.

Silhol. — Diagnostic de l'appendicite chronique. Association française de Chirurgie. XXIVe Congrès, octobre 1911.

Sturmdorf (Arnold). — Signification clinique du point de Mac Burney, (New-York medical Journal, 18 janvier 1908).

Mathieu. — Fausse appendicalgie par tubercule sous-cutané douloureux (Gazette des Hôpitaux, 24 mars 1904).

Chase. — Nouvelle contribution au diagnostic différentiel de l'appendicite (Journal of the American medical Association, 22 février, p. 610, 1908).

Morris (T.). — Point de Mac Burney et autre point pour le diagnostic de l'appendicite (Journal of the American medical Association, 23 janvier, p. 278, 1908).

Rovsing. — Retentissement indirect de la douleur typique au point de Mac Burney (Centralblatt für Chirurgie, 26 octobre, p. 1257, 1907).

Aubourg. — Radiographie de l'appendice iléo cæcal sur le vivant (Presse médicale, 28 mai 1910).

Lœper et Esmonet. — Algies sympathiques et hyperesthésie de l'abdomen (Presse médicale, 23 avril 1910).

Lejars. — Les Points appendiculaires (Semaine médicale, 11 mars, p. 121, 1908).

Lanz. — Le Point de Mac Burney (Centralblatt für Chirugie, 15 février 1908).

Guido Lerda. — L'Appendice iléo-cæcal ectopique (Presse médicale, p. 36, 13 janv. 1912).

Blake. — Anomalies de siège de l'appendice (Annals of Surgery, p. 394, 1905).

Francini. — L'Appendicite. Milan 1911.

Freidet. — Sur l'anatomie du cæcum et de l'appendice (Bulletin de la Société anatomique de Paris, n° 3, p. 189, 1905).

Koch. — Anomalies congénitales de situation de l'intestin humain (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, vol. L, H. 1, 1899).

Kruger. — Diagnostic du siège de l'appendice. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, vol. XGI, S. 24).

Brunon. — Appendicite chronique et tuberculose (Bulletin médical, n° 88, 11 novembre 1911).

Imp. de la Faculté de Méd. Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 1348-12